

# ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Hausarzt/ärztin \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE ANGABEN

Körpergröße/Gewicht? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

Voroperationen  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja, Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

Allergien  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt? \_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen

keine  Thrombose  Lungenembolie  Gerinnungsstörung  Diabetes

Bluthochdruck  Sonstige \_\_\_\_\_

## Besteht oder bestand bei Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen?

keine  Schlaganfall  Herzinfarkt  Diabetes  Thrombose/Lungenembolie

Bluthochdruck  Krebserkrankungen – Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? \_\_\_\_\_

Gab es dabei Auffälligkeiten?  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

**Regelblutung** Erste Periode mit \_\_\_\_\_ Jahren / Wann war Ihre letzte Periode? \_\_\_\_\_

Zyklusdauer Alle \_\_\_\_\_ Tage und Dauer der Regelblutung für \_\_\_\_\_ Tage

Beschwerden während Ihrer Regelblutung?  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?  Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_

Wie verhüten Sie? \_\_\_\_\_

**Geburten** Anzahl \_\_\_\_\_ Davon \_\_\_\_\_ mit Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft/Geburt?  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

**Fehlgeburten** Anzahl \_\_\_\_\_ Davon \_\_\_\_\_ Abbrüche

## Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift